Leucémie lymphoïde chronique

Table des matières

Introduction 3

- Antécédents et mode de vie 4

- Exercice 5

- Traitement à l'entrée 6

- Exercice : Objectifs thérapeutiques 7

- Exercice 8

- A l'arrivée dans le service 9

- Exercice : La chimiothérapie 10

- Les traitements associés à la chimiothérapie 11

- Exercice 12

- Entretien avec la patiente avant retour à domicile 13

- Exercice 14

- Exercice 15

- Exercice 16

- Exercice 17

Introduction

Madame V, 73 ans, est hospitalisée en hématologie pour la réalisation d'une première cure de chimiothérapie indiquée pour une leucémie lymphoïde chronique (LLC) évolutive (stade C. classification de Binet). Elle pèse 70 kg pour 151 cm, sa surface corporelle est estimée à 1.66 m^2.

Antécédents et mode de vie

o LLC depuis Novembre 2008
o Hypertension artérielle
o Dyslipidémie
o Hernie hiatale
o Névralgie du trijumeau (2007)
o Mal des transports et nausées lors de ses grossesses

Madame V. ne présente aucune allergie ou intolérance médicamenteuse connue.

La patiente vit à domicile avec son mari. Ils sont tous les deux retraités, autonomes et n'ont recours à aucune aide pour les tâches de la vie courante.

Ils sont dynamiques et s'occupent de leurs 4 petits-enfants le soir après l'école.

Madame V espère pouvoir continuer à s'en occuper après le début de la chimiothérapie.

Madame V. dit s'automédiquer facilement avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens ou du paracétamol, en cas de douleurs articulaires, état fébrile ou « autres petits maux ».

De peur de déranger, elle ne contacte son médecin traitant qu'en cas d'urgence.

Évolution de la maladie

En novembre 2008, découverte fortuite de la LLC sur un hémogramme montrant une hyperlymphocytose à 9 G/l. Il n'y avait pas de syndrome tumoral, ni d'anémie ou de thrombopénie. Madame V. était au stade A de la maladie (classification de Binet). L'abstention thérapeutique et une simple surveillance clinique et biologique sont alors décidées.

En janvier 2011, l'hémogramme de contrôle montre une évolutivité du syndrome lymphoprolifératif avec des leucocytes à 122 G/l (51 G/l de lymphocytes), une anémie importante à 47 g/l non hémolytique et des plaquettes à 100 G/l. Des adénopathies superficielles sont retrouvées aux niveaux axillaire et cervical. L'évolutivité de la maladie, au stade C de la maladie (classification de Binet), justifie l'instauration d'un traitement.

La réunion de concertation pluridisciplinaire décide de faire 4 cures de chimiothérapie type RFC (Rituximab, Fludarabine et Cyclophosphamide) espacées de 4 semaines.

Exercice

Concernant le mode de vie de Madame V

☐	La patiente va nécessiter une aide à domicile
☐	La patiente risque de ne pas être motivée à se soigner
☐	Nous proposerons un plan de prise à la patiente

Traitement à l'entrée

- APROVEL 150 mg® (irbésartan) : 1 cp le soir
- TAHOR 20 mg® (atorvastatine) : 1 cp le soir
- INEXIUM 20 mg® (ésoméprazole) : 1 cp le soir
- LAROXYL 40 mg/ml® (amitriptyline) : 10 gouttes le soir

Exercice : Objectifs thérapeutiques

le bon médicament dans la bonne indication...

1 - Hernie hiatale
2 - Hypertension artérielle
3 - Névralgie du trijumeau
4 - Dyslipidémie

irbésartan atorvastatine ésoméprazole amitriptyline

Exercice

A propos de la névralgie du trijumeau?

☐	Elle correspond à une névralgie faciale
☐	La carbamazépine est le traitement de 1ère intention
☐	L'amitriptyline est un neuroleptique atypique
☐	L'amitriptyline peut être responsable d'une hypersialorrhée

A l'arrivée dans le service

La patiente est en parfait état général

Bilan biologique

Hémogramme :

Leucocytes : 48 G/l dont 46 G/l de lymphocytes

Hémoglobine : 91 g/l

Plaquettes : 66 G/l

Bilan rénal et hépatique normaux

Chimiothérapie de type RFC :

Mabthéra® (rituximab) 375 mg/m² en IV à J1 soit 622 mg

Endoxan® (cyclophosphamide) 300 mg/m² per os J1, J2 et J3, soit 498 mg, arrondi à 500 mg (10 cmp de 50mg)

Fludara® (fludarabine) 40 mg/m² per os J1, J2 et J3, soit 66,4 mg, arrondi à 70 mg (7 cmp de 10 mg)

Exercice : La chimiothérapie

La chimiothérapie

☐	L'administration du Mabthéra® nécessite une prémédication
☐	Les réactions au cours de l'administration du Mabthéra® sont liées à l'origine de la molécule
☐	Le traitement par irbesartan sera suspendu le jour de l'administration du Mabthéra
☐	La cyclophosphamide est un agent alkylant, classe des moutardes azotés
☐	La fludarabine induit des lymphopénies prolongées

Les traitements associés à la chimiothérapie

Prémédication 30 minutes avant le début de la perfusion de Mabthéra®

Doliprane® (paracétamol) 1g : 1 cmp
Médrol® (méthylprednisolone) IV 1 mg/kg : 70 mg
Polaramine® (dexchlorphéniramine) IV : 5 mg

Antiémétiques

Zophren® (ondansétron) 8 mg : 1 cmp 1 heure avant la prise d'Endoxan®
Si besoin renouveler la prise 12 heures après

Conseil

Prise en charge des nausées et vomissements chimio induits : VIDAL RECOS, l'essentiel sur les recommandations thérapeutiques ; → Cancers : complications des chimiothérapies

Exercice

A propos des traitements associés

☐	Zophren® permet de prévenir les vomissements anticipés la veille de la chimiothérapie
☐	Si le Zophren® est insuffisant on pourra ajouter des corticoïdes lors des prochaines cures
☐	L'Emend® (aprépitant) pourra être une alternative en cas de nausées et vomissements non contrôlées par le Zophren®
☐	En cas de réactions modérées pendant la perfusion de Mabthéra® on ne réalisera pas les prochaines administrations
☐	La polaramine® peut avoir un effet sédatif

Entretien avec la patiente avant retour à domicile

L'administration du Mabthéra® s'est bien passée.

Avant de rentrer à domicile, on explique à la patiente les nouveaux traitements qu'elle va devoir prendre et on en profite pour lui donner quelques conseils.

Ordonnance de sortie

J2 et J3 de la chimiothérapie per os :

Endoxan® (cyclophosphamide) 10 cmp de 50mg en 1 fois le matin

Fludara® (fludarabine) 7 cmp de 10 mg en 1 fois le matin

Bactrim Forte® (sulfaméthoxazole 800 mg + triméthoprime 160 mg) : 1 cmp 3 fois par semaine

Lederfoline ® (folinate de calcium) 15 mg : 1 cmp 3 fois par semaine, les mêmes jours que le Bactrim Forte ®

Zelitrex® (valaciclovir) 500 mg : 1 cmp matin et soir tous les jours

Zyloric ® (allopurinol) 300 mg, 1 cmp par jour pendant toute l'inter-cure

Exercice

Points critiques de la chimiothérapie

☐	Il n'y a pas de contre-indication physiopathologique majeure
☐	La 1ère cure de chimiothérapie peut induire un syndrome de lyse tumorale
☐	Le syndrome de lyse tumoral est marqué entre autre par une hypouricémie
☐	L'Endoxan® est connu pour être très lymphopéniant et nécessitera une prophylaxie anti infectieuse
☐	Le fasturtec® (rasburicase) est une alternative du Zyloric®, avec un mécanisme d'action similaire

Exercice

La prophylaxie anti infectieuse

☐	Bactrim Forte ® est indiqué en prophylaxie d'une pneumocystose pulmonaire
☐	Bactrim Forte® permet également de prévenir une toxoplasmose
☐	Zelitrex® permet de prévenir les infections à VZV et HSV
☐	Aciclovir présente une meilleure biodisponibilité que le valaciclovir
☐	Lederfoline® permet de limiter les risques de toxicité neurologique du Bactrim Forte®

Exercice

Informations au patient et éducation thérapeutique

☐	L' Endoxan® sera à prendre de préférence à jeun
☐	La patiente pourra écraser ses comprimés si elle a du mal à les avaler
☐	Pour simplifier, le Zophren® pourra être pris en même temps que l'Endoxan®
☐	L'absorption de la fludarabine sera modifiée par la prise alimentaire

Exercice

Informations au patient et éducation thérapeutique

☐	En cas de fièvre, la patiente peut prendre du paracétamol en automédication
☐	3 semaines après le début du traitement par Bactrim Forte®, la patiente présente une éruption cutanée. Une allergie au Bactrim Forte® est suspectée. Des aérosols de Pentacarinat® sont proposés, ils protègent contre les mêmes infections opportunistes.
☐	Si les petits enfants sont malades, il faudra éviter de les garder
☐	Après les 4 cures de chimiothérapie, la patiente est fatiguée, la NFS met en évidence une anémie à 80 g/l. Une transfusion est programmée, faut il prévoir des produits sanguins irradiés ?